



UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

Facultad de Ciencias de la Educación y de la Comunicación Social

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

Tesis de postulación al grado de Magister en Educación

**Formas de Saber y Poder en los Discursos y Prácticas Pedagógicas de los Profesionales de
Enfermería**

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Maestrando: Lic. Jorge Daniel Jaureguy.

Directora: Dra. Susana Azzollini.

Co-director: Lic. Diego Ezequiel Litvinoff.

Cohorte: 2009.

Buenos Aires, Octubre de 2018.

Agradecimientos

A la Lic. Ethel Guidi, Directora de Enfermería del Hospital de Clínicas “José de San Martín” por abrirme las puertas del Hospital.

A la Lic. Delia Quiroga, Supervisora de Enfermería del servicio de Pediatría por permitirme realizar esta investigación.

A todos los Profesionales de Enfermería del sector de Clínica Médica Pediátrica, por su tiempo y dedicación durante todo el desarrollo del trabajo de campo.

A las niñas, niños y adolescentes que se encontraban hospitalizados en el servicio de Clínica Médica Pediátrica y a sus acompañantes (padres, familiares y/o tutores).

A mi Madre por apoyarme durante el proceso de elaboración de la tesis.

A Nancy, por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles.

A Nydia, por su paciencia y escucha.

A la Sra. Directora, Dra. Susana Azzollini y al Sr. Co-Director, Lic. Diego Ezequiel Litvinoff, por el aliento y acompañamiento en todo el proceso de construcción de este trabajo de investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, han colaborado para que este trabajo pueda concretarse.

Índice

	Página
Prólogo.....	3
Resumen.....	4
Capítulo 1.....	6
Problema de investigación	6
Estado del arte.....	10
Marco teórico.....	22
Objetivos.....	33
Objetivo general.....	33
Objetivos específicos	33
Capítulo 2.....	34
Metodología.....	34
Trabajo de campo.....	34
Descripción del lugar del trabajo de campo.....	36
Situación actual del lugar de trabajo de campo	36
Tipo de estudio.....	38
Población y muestra.....	38
Ficha técnica de los profesionales.....	39
Técnicas de recolección de datos.....	44
Análisis de los datos.....	45
Reducción metodológica.....	47
Tabla 1: Profesionales de enfermería del trabajo de campo	47

Tabla 2. Totales de la muestra de los profesionales de enfermería según experiencia	
pediátrica, turnos y sexo	48
Capítulo 3.....	49
Transcripción analítica de los datos	49
Características de las configuraciones pedagógicas	173
Tabla 3. Reducción metodológica de las características predominantes de cada discurso	
pedagógico	173
Capítulo 4.....	178
Conclusión	178
Notas	198
Anexos	199
Anexo 1. Plano de la sala de internación de clínica médica pediátrica.....	200
Anexo 2. Panel fotográfico del área de internación pediátrica	202
Anexo 3. Disposiciones generales. Normas de convivencia durante la internación.....	203
Anexo 4. Descripción del plantel de enfermería de la unidad de clínica médica	
pediátrica.....	205
Anexo 5. Normas de convivencia de enfermería del servicio de pediatría.....	206
Referencias.....	208

Prólogo

Haber trabajado varios años en la especialidad de enfermería, en los que el investigador no sólo ha participado de las diferentes acciones del entorno hospitalario que se desarrollaban en las distintas unidades de internación, sino que además le ha permitido ser testigo de los diálogos que los sujetos de la investigación, constantemente realizaban con los pacientes, sus acompañantes y el resto del equipo de salud. Este hecho, sumado a su calidad de profesor de enfermería, le ha brindado la experiencia, el conocimiento del entorno y la dinámica de la labor profesional, las que facilitaron la inmersión institucional para la presente investigación, lo que contribuyó a reforzar la confianza con el grupo de profesionales de enfermería, cuyas interacciones con los niños hospitalizados y sus acompañantes (padres, familiares y/o tutores), dieron forma al objeto del presente estudio.

Asimismo, los distintos cursos y capacitaciones de los seminarios de la Maestría en Educación de la Universidad del Salvador, brindaron herramientas observacionales a las situaciones del estudio de una manera diferente, a fin de poder dar cuenta de que existen distintos discursos que configuran perfiles o figuras específicas en el ámbito de la enfermería, que aparecen de manera espontánea, que pueden ser institucionalizadas y naturalizadas sin cuestionamiento, discursos que se intentará describir y analizar.

Resumen

El presente trabajo de tesis es un estudio sobre los discursos y prácticas pedagógicas que tienen lugar entre los profesionales de enfermería, médicos, pacientes y sus acompañantes, en la Unidad de Clínica Médica Pediátrica del Hospital de Clínicas “José de San Martín”, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La problemática se inscribe en la búsqueda y exposición de las relaciones de saber y poder que atraviesan el discurso pedagógico y las prácticas de los profesionales de enfermería, en sus interacciones con los niños hospitalizados y sus acompañantes (padres, familiares y/o tutores); además del resto del equipo de salud. El objetivo de la investigación es poder aportar un análisis científico de dichos discursos y prácticas pedagógicas, que tienen lugar entre los profesionales de enfermería, con un interés formativo-didáctico y a la vez poder profundizar sobre las problemáticas del poder, que constantemente aparecen en escena, configurando esquemas rígidos, nunca sometidos a crítica ni cuestionados. De esta forma, se espera que este trabajo contribuya a generar un proceso continuo de desnaturalización de la profesión enfermera y sus interacciones con los pacientes, acompañantes y el equipo de salud. También se espera que el estudio pueda ser de utilidad para comprender y contribuir a configurar una adecuada calidad de atención a los niños hospitalizados, junto con sus acompañantes (padres, familiares y/o tutores), dentro de la perspectiva formativa de los estudiantes de enfermería, así como de los propios profesionales enfermería de esa y otras áreas.

Al exponer las relaciones de saber y poder que se generan entre los distintos actores del campo de estudio: pacientes/profesionales de enfermería/acompañantes/médicos, en sus prácticas y los discursos pedagógicos que tienen lugar en ese contexto comunicativo, se puede contribuir a

la reflexión y profundización sistemática, de un tema siempre sujeto a tensiones y presiones, que a la luz de los estudios de Maestría en Educación pueden servir como un análisis micro situado, para el estudio de las prácticas profesionales en enfermería, tanto en los procesos formativos, como en los avances teóricos de la enseñanza de la enfermería.

Palabras Clave: Discurso Pedagógico, Salud, Saber – Poder, Profesionales de Enfermería.



Capítulo 1

Problema de Investigación

Durante los últimos años parecen haber cambiado los modelos de relación entre los profesionales del ámbito de la salud y los pacientes. Actualmente, el enfermo no es considerado únicamente un paciente, es decir, como un sujeto pasivo, sino como una persona en relación con un contexto, tanto cultural, social y familiar. En el marco de este nuevo modelo llamado por los autores ingleses *family centered care*, resulta importante explorar y comprender que la relación que el profesional de enfermería desarrolla, es con el enfermo, como así también con quienes lo acompañan. Estos vínculos resultan más importantes cuando la persona internada es un niño, considerando altamente relevante lo que afirma Salatino (2008), que al desarrollar los principales principios de la enfermería pediátrica, la preocupación central debe ser siempre el bienestar del niño y de su familia.

Desde un punto de vista epistemológico, analizar los discursos pedagógicos y prácticas, que surgen de la interacción del profesional de enfermería con los pacientes y su familia, implica asumir la complejidad del conocimiento humano y de los diferentes contextos que intervienen, principalmente las relaciones de todo el equipo de salud y el significado social que posee cada profesional en el ámbito hospitalario y social. Aproximarse a una comprensión situada de las relaciones que configuran los discursos y prácticas pedagógicas en el ámbito de la enfermería, significa acceder y contribuir a una construcción de saberes, que han ido formando un campo propio de estudio, tanto de la teoría, como de las prácticas.

El contacto diario con el paciente y sus acompañantes configura un escenario en el cual, muchas veces el médico está ausente por diversas razones, siendo la más habitual la necesidad de tener que asistir a muchos pacientes. De manera que los profesionales de enfermería son a la vez,

el vínculo con el médico, con el paciente y con sus acompañantes, lo cual determina tanto una dinámica propia, como un lenguaje propio.

La comprensión común acerca del universo por el que transitan los profesionales de enfermería muchas veces se entiende como, operativo y procedimental. Así también, en la sociedad se ha representado la figura del enfermero/a como una especie de círculo alrededor del quehacer médico. Sin embargo, aunque no es ésta la cuestión de fondo que se pretende analizar en este estudio, los saberes de la enfermería y sus consecuentes prácticas se han forjado en el ámbito del circuito médico, no sólo emparentado tácticamente con él, sino sometido, tanto en los saberes como en las prácticas profesionales. De esta forma, este estudio intenta indagar en un ámbito micro social, cómo el Discurso Pedagógico y las Prácticas Pedagógicas, surgen de saberes que están atravesados por relaciones de poder, entre los sujetos implicados.

En un principio, dichos discursos pedagógicos aparecen no sólo como opiniones o estilos de pensamiento, sino que también operan como *habitus*, tal como lo define Bourdieu (1996), como uno de los conceptos centrales de su obra: “ por *habitus* se pueden entender esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social” (p. 21). Éste hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos. También esos discursos pedagógicos se expresan en las prácticas cotidianas, dentro del ámbito profesional que se intenta conocer, con el objeto de identificar las distintas formas que adquieren dichos discursos y prácticas, y cómo pueden describirse sus problemáticas.

Los discursos y prácticas pedagógicas de los profesionales de enfermería se generan en una compleja red de relaciones, que se fundan a la vez, en la historia de la medicina y de la enfermería, desde la cual se ha dado diversos énfasis a esas relaciones y los actores que la componen. Por un lado, se ha puesto el énfasis en la comprensión de la salud y la del enfermo; y

por el otro, cómo se concibe la salud y la enfermedad en la sociedad actual, según sean las características sociales, políticas y económicas de la misma. Esto significa que han existido diferentes perspectivas desde las que se pueden comprender las relaciones entre el enfermo y el equipo de salud, y sobre cómo han sido definidas tanto la salud, como la enfermedad y la asistencia, a partir de concepciones ideológicas o políticas.

El circuito de relaciones al interior de un recinto hospitalario es complejo y dinámico, porque en la mayoría de los casos funciona en turnos, en donde los profesionales de enfermería transitan entre las salas y los pabellones tomando contacto con los pacientes, familiares, médicos y personal administrativo, entre otros actores institucionales. Esto genera un ámbito específico en el área de la salud. Ese cúmulo de características que se generan en ese circuito de relaciones es en donde se sitúa la presente investigación, a fin de hacer un corte en el decurso del trabajo, en un hospital público, en una unidad específica como la Sala de Clínica Médica Pediátrica, con el objeto de conocer los discursos pedagógicos y las prácticas pedagógicas, que se generan en esas relaciones, entre los profesionales de enfermería, el equipo de salud y los acompañantes de los niños hospitalizados.

En este sentido, analizar el discurso y las prácticas pedagógicas, de los profesionales de enfermería, podría permitir develar el entramado simbólico del dispositivo pedagógico, que subyace en la base de las prácticas profesionales de ese colectivo. La importancia de inferir las reglas a través de las cuales ese Discurso Pedagógico se establece, así como indagar el contenido del mismo, reside en la posibilidad de dar cuenta de cuáles son las características específicas que adquiere la comunicación, en el marco de una relación social, en la que se despliegan las formas de interacción comunicativa en la unidad de clínica médica pediátrica. El conocimiento que se desprenda de este estudio, espera ser un aporte a la labor formativa de los estudiantes de

enfermería, como así también para los propios profesionales de enfermería, pues podría llegar a contribuir en el proceso de desnaturalización de los discursos, mejorar las relaciones e interacciones, tanto a nivel de los profesionales, como con los pacientes y sus acompañantes.

Entonces, el presente estudio busca establecer: ¿Cuáles son las relaciones de saber y poder que atraviesa el discurso pedagógico y las prácticas pedagógicas, de los profesionales de enfermería en sus diálogos con los niños hospitalizados y sus acompañantes? ¿Cómo opera el dispositivo pedagógico en los pacientes y sus acompañantes con el discurso de los profesionales de enfermería? ¿Cuáles son las reglas que configuran el discurso pedagógico que despliegan los profesionales de enfermería? ¿Es posible establecer los parámetros de transmisión en las relaciones de poder, que contienen los discursos?



Estado del Arte

En los estudios sobre los discursos pedagógicos en enfermería se detectan dos líneas básicas de investigación, uno de ellos pone el énfasis en la figura del docente enfermero, ya sea en una institución escolar terciaria, universitaria o en una institución de salud, en el plano de cómo se transmiten los saberes enfermeros; mientras que otro, acentúa la importancia del receptor, es decir, cómo reciben esos saberes tanto los estudiantes, como los pacientes. En esta perspectiva, Bañón (2013), ha señalado que se ha dado un cambio en el perfil comunicativo de los pacientes, lo cual repercute en las interacciones de éste con los integrantes del equipo de salud. Dicho cambio lo atribuye al mayor acceso a la información por parte de los ciudadanos, destacando, sin embargo, que dicha información puede muchas veces no ser fiable. De esta manera, términos técnicos o lectura de resultados clínicos, que antes estaban reservados a los profesionales de la salud, ahora resultan más accesibles a la población en general (González Santos, Jiménez Tomás y Sánchez Etxaniz, 2010).

Ahora bien, desde la perspectiva de la realidad educativa, Moya (2005), realizó una investigación cualitativa etnográfica de la enseñanza de la enfermería. Su análisis que se desarrolla desde una perspectiva crítica, ha llegado a concluir que la opresión y la violencia horizontal que pueden gestarse en el interior de las relaciones entre profesores y alumnos en la educación de enfermería, revelan y cuestionan las relaciones sexistas de dominación en la asistencia sanitaria, mostrando el tinte conservador de la ideología dominante, tanto en la formación de las enfermeras, como en los lineamientos de sus prácticas. De acuerdo con el planteamiento de Moya (2005), se podría sostener que, si desde los procesos de formación enfermera ya quedan incoadas las mismas formas de relaciones que van a afectar las prácticas

del profesional de enfermería, entonces cuando ejerza su labor, con pacientes, acompañantes y médicos, esas formas van a surgir en alguna medida, porque han formado parte de la transmisión misma de los saberes enfermeros, que conllevaría el modelo sexista de dominación y el carácter conservador de la ideología dominante. De lo que se puede plantear, además que si las relaciones de poder y saber que surgen en las prácticas hospitalarias fueran solo la consecuencia de los procesos formativos, entonces se deja en cuestionamiento si son las prácticas mismas, las que los generarían.

En el análisis de los discursos y las relaciones de poder y cómo forman parte de la construcción de la identidad profesional de las enfermeras de España, Miró-Bonet, Gastaldo y Gallego-Caminero (2008), llegaron a observar dos tipos de ejercicios de poder. Uno vinculado al carácter disciplinario y el otro al carácter pastoral. Ambos ejercicios no se expresan sólo en los discursos de los profesionales de enfermería, sino que de hecho los autores consideran que se ha gestado un entramado simbólico, que persiste en las prácticas profesionales y en las políticas sanitarias. No obstante, también se señalan que durante los últimos años las enfermeras españolas, han ido transformando muchos de estos entramados simbólicos, al romper con esquemas socio-cognitivos a través de una perspectiva crítica, sobre todo acerca de su propio desempeño y su identidad profesional. Esto significa que los entramados simbólicos, podrían ser observados antes que las mismas prácticas y habría que desarrollar una investigación de cómo los procesos formativos enfermeros, mantienen o contribuyen a perpetuar esos entramados simbólicos.

En esta misma perspectiva de los entramados simbólicos, se plantea que la mayoría de los profesionales de enfermería que participaron de otro estudio, mostraron gran interés por superar el papel histórico que les ha sido atribuido, ya que han sido considerados como técnicos sin

pensamiento crítico, que sólo enfatizaban los procedimientos prácticos, por sobre los postulados teóricos, de acuerdo con la investigación realizada por Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, De Pedro y Lastra (2004). En ese sentido, los participantes en dicha investigación, señalan también la importancia de modificar las relaciones de poder, dentro de las unidades de cuidados intensivos, con el objeto de mejorar la calidad de atención a los pacientes y a los familiares que los acompañan. En Argentina ha sido una perspectiva muy discutida, principalmente, porque en los procesos de atención primaria, es el primer lugar donde se pueden apreciar las problemáticas entre las prácticas y las relaciones entre los profesionales de enfermería, los pacientes y sus acompañantes. Ese entramado responde a relaciones de poder que se generan tanto en el ámbito hospitalario, como en los lineamientos políticos del Estado (Menéndez, 1988). Téngase en cuenta que en este caso particular, los participantes de la investigación ven todavía las relaciones de poder como algo conflictivo y que con Foucault (1991), se verá más adelante que no siempre lo es, que son relaciones móviles de fuerza, que pugnan por imponerse unas y otras. No obstante, los autores también destacan que no se trata de un colectivo profesional homogéneo, por lo que consideran necesario crear nuevos discursos pedagógicos, que se confronten con el discurso dominante, para lograr que el rol y juicio profesional de los enfermeros, resulte autónomo e independiente del modelo dominante. Lo interesante que plantea Zaforteza et al. (2004), es que crear nuevos discursos pedagógicos significaría cambiar las formas de enseñanza de la enfermería y entender que esos discursos no aparecen, sino en donde entran en conflicto los diferentes estamentos de todos los profesionales de la salud. De tal manera que se daría un nexo entre las relaciones de poder, que tienen lugar en los recintos hospitalarios, entre los profesionales de la salud y su impacto en la calidad de atención y de comunicación con los pacientes y sus familiares.

En esta problemática de las relaciones de saber y poder en los estudios de enfermería, se ha encontrado que existen diferentes perspectivas en la producción académica, vinculada al tema de la historia del modelo médico hegemónico y la enfermería (Ramos, Padilha, Coelho, Vargas, De Oliveira y Mancia, 2007). Se ha buscado comprender, por ejemplo, a partir de la década de los '80, cómo los procesos de cambio social, tanto en lo político, como en lo educativo, desde hace unos cien años, habrían coincidido con la ruptura de la concepción religiosa de la profesión de los cuidados. Desde esa época se habría dado una tendencia mayoritariamente laica y este cambio habría repercutido notoriamente, en cómo iba a ser entendida la profesión enfermera. De hecho, la enfermería como profesión prioritariamente femenina, con la marcada herencia del deber de las instituciones religiosas, que se ocupaban del cuidado de los enfermos, sumada a la organización hospitalaria en función de los requerimientos de los ejércitos, generó una sumisión vocacional al poder y al saber médico, sumisión que ha sido estudiada a la luz del pensamiento foucaultiano. De manera que por un lado, se produjo el cambio hacia la tendencia laica y por otro, se conservó la sumisión al poder médico y del Estado.

Amezcuca (2009), en relación con la propuesta de Foucault sobre los dislocamientos, en los cuales las organizaciones religiosas ya no poseen el monopolio del cuidado de los enfermos, formula la noción de *acontecimiento*, para identificar cómo el cuerpo, ha sido transformado en un entramado de biología y cultura, donde se despliega el devenir social. Esto significó que la profesión enfermera se había visto atravesada por cambios sociales en el área de la salud, que condensan las ideas que se ha tenido del enfermo, del cuidado y de la salud, desde el punto de vista social.

Y por supuesto la gran cuestión de la identidad profesional, tan relacionada con las anteriores, no podía faltar del espectro ternario que delimita el interés de las enfermeras por el citado pensador. Los discursos y prácticas presentes en la formación de las enfermeras, en su subjetividad, en el cuidado de sí mismas, en el uso de las tecnologías, o las nociones de cuerpo y de humanización, son algunos de los asuntos críticos profundizados bajo el paraguas foucaultiano en unos momentos de profundos cambios sociales en la profesión enfermera.

(Amezcuca, 2009, p. 2)

Ahora bien, desde la perspectiva de los estudios de género, se podría comprender más en profundidad tanto el quehacer, como los significados que se le atribuye al profesional enfermero, en los cuales tomando a Foucault como referente y para no centrarse únicamente en una posición dicotómica, del médico dominante *versus* enfermera sometida, se ha buscado analizar la profesión, compuesta mayoritariamente por mujeres, desde una perspectiva feminista. La mirada de los autores, pretende comprender el poder como una relación compleja entre personas, donde también existen distintas formas de resistencia, en las que la mujer juega y ha jugado un rol importante, que se ha visto opacado por la misma historia de la medicina y la escasa producción teórica de la enfermería (Richardson y Carryer, 2005).

Ahora bien, en un mundo capitalista, la profesión enfermera se habría instrumentalizado de forma tal, que al insertarse en él, contribuyó a determinar tanto histórica, como políticamente el campo de la salud, llegando a insertarse en un modelo hegemónico del que ha formado parte hasta hoy. Es por ello que en el contexto capitalista, la enfermería estaría condicionada en su ejercicio y en su ubicación social, al modelo médico hegemónico. Históricamente, como los médicos han sido quienes poseen los conocimientos sobre los procesos de atención de los

pacientes, han sido también quienes detentaban el poder en el ámbito sanitario. Este hecho se continúa reproduciendo en la actualidad ya que:

(...) las enfermeras se sienten sujetas a la norma de ‘no informar’ y a mantener a los familiares bajo una disciplina rígida de control del tiempo (horarios de visita), del espacio (acceso a la unidad) y del conocimiento (información como propiedad médica), derivada de las normativas internas de la unidad, que generalmente son consuetudinarias, no basadas en la evidencia. (Zaforteza et al., 2004, p. 120)

El planteamiento sugiere que pese a que el conocimiento de enfermería destaca la importancia de la familia en la recuperación de los pacientes, considerando de esa manera, que se cubren algunas de las necesidades básicas de éstos, los enfermeros no siempre estarían dispuestos a comprometerse con los cambios organizacionales que cuestionen el modelo médico, a veces por temor o incluso a sanciones disciplinarias. También se ha planteado que evitar el contacto y el compromiso afectivo con los familiares, puede responder a un intento de disminuir el estrés propio de los contextos hospitalarios o considerar algunas interacciones con la familia, como amenazantes para el propio balance y bienestar emocional (Zaforteza et al., 2003). De esta manera, los citados autores señalan que los profesionales enfermeros no parecen sentirse suficientemente formados para sobrellevar tantas situaciones de estrés emocional, tales como: dar malas noticias, contener emocionalmente a los pacientes y ayudar a la familia a manejar la ansiedad, por lo que terminan afectados ellos mismos en esas circunstancias.

De acuerdo a lo planteado, parece existir una tensión entre la historia de la enfermería y el futuro académico y científico de la profesión, que se expresa tanto en las prácticas, como en los

discursos de este colectivo. En este sentido, Foucault (1991) considera que los sujetos no son cuerpos dóciles, contruidos a partir de técnicas disciplinarias externas, sino que por el contrario, se construyen a sí mismos de manera activa.

En ese marco el modelo médico hegemónico, que concentró su poder pastoral con la lógica del mercado, expandió su autoridad a través de la medicalización de la vida “determinado por el desarrollo tecnológico médico, por el nacimiento de los grandes sistemas de seguro social y por el recién constituido derecho a la salud y derecho a enfermarse” (Wilkinson, 1995, p. 79), lo que fue concretándose a partir de la Segunda Guerra Mundial, con el famoso Plan Beveridge y los sistemas de salud pública en Occidente (Wilkinson, 1995). El Plan Beveridge aunque no puede ser considerado exactamente una producción teórica al problema de investigación, sí representa un antecedente crucial para el estudio y comprensión de los sistemas sanitarios en occidente (Wilkinson, 1995). Dicho Plan marcó en el Reino Unido, el inicio del Estado de Bienestar, puesto que se buscó por un lado concentrar toda la asistencia social en un solo Plan, desde la perspectiva de Williams Beveridge, quien planteaba que la seguridad social se logra por la cooperación de los individuos y el Estado. Dicho Plan buscó que se asegurara un mínimo de subsistencia a cada inglés y que en cualquier circunstancia de la vida, contara con lo mínimo para vivir, a fin de que se terminara con la pobreza y la necesidad extrema, lo que en el ámbito de la salud iba a significar el servicio completo y gratuito para todos de medicina general, junto con farmacia, clínica, especialistas, hospitalización, aparatos dentales, ópticos, ortopédicos, etc., que incluía servicio de convalecencia y de reeducación pos hospitalaria (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 2008).

A medida que la profesión y el conocimiento enfermero crecen, se deberían haber generado cambios en las relaciones de poder en los contextos hospitalarios, tanto con los pacientes y su

familias, como con los otros integrantes del equipo de salud, pero los cambios han sido lentos, en algunos casos llenos de problemáticas internas y políticas (Zaforteza et al., 2004). Se ha esperado que los profesionales de enfermería al incrementar sus conocimientos, modificasen los planteos sobre cuán idónea es su actuación y también empiecen a cumplirse algunos de los requisitos que Alberdi (1998), indicaba como propios de la profesión, a saber, el control de la propia práctica y la capacidad de asumir la responsabilidad de las decisiones. De este modo, los profesionales enfermeros comienzan a colaborar, en igualdad de condiciones con los médicos, respecto a la información que se provee al paciente y a sus familiares, ya que el profesional enfermero puede utilizar un discurso más pedagógico y menos técnico que favorece la comprensión de los no legos, en cuestiones clínicas. Asimismo, empiezan a adaptar el entorno en función del paciente y su familia, flexibilizando horarios de visita y normas hospitalarias (Fins y Solomon, 2001), porque para los profesionales de enfermería los significados y percepciones, se caracterizan por desarrollar un concepto de atención humanizado, dado que “para ellos, cuidar es dar sentido a las experiencias del otro, reconocer el valor del sufrimiento y acoger a las familias y sus inquietudes” (Barboza de Pinho y Dos Santos, 2006, p. 4).

De acuerdo con el desarrollo de la teoría de enfermería, se ha señalado que el saber enfermero se ha diferenciado de otros, por ser silencioso y se lo describe como el conocimiento que “cada día miles de enfermeras producen, pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar” (Meleis, 1997, p. 2), porque este tipo de conocimiento se caracteriza por su dependencia respecto de otras disciplinas, que sí sistematizan y publican. Esto ha llevado a un anquilosamiento en el desarrollo de la disciplina, que se ha visto sometida al modelo biomédico positivista imperante, alimentándose de un círculo vicioso que ha terminado oprimiendo a la enfermería, tanto en su teoría, como en su práctica profesional (Meza, 2005). De esta manera, el

desarrollo intelectual subordinado a través del cual se ha construido históricamente la enfermería, la ha sometido al encasillamiento y la rigidez en la organización sanitaria hegemónica, situación que hasta hoy sigue sosteniendo casi las mismas formas (Meleis, 1997). También ese sometimiento se puede entender como construcción histórica, haciendo una mirada desde el poder pastoral, es decir, el vínculo constituido entre el pastor (Estado/medicina pública), que guía a sus creyentes (pueblo, pacientes), a partir de un “poder político, individualizador y totalizante, presente en la estructura del Estado” (Jamerson, Scheibmeir, Bott, Crighton, Hinton y Cobb, 1996, p. 470). Lo que significa que no es un modelo que se ha construido desde la enfermería misma, aunque ésta la haya sostenido en el tiempo, incluso sin renunciar, ni rechazar, en ciertos casos históricos, sino que principalmente ha sido impuesto desde fuera, desde el entorno médico, el sistema sanitario y la estructura misma del Estado.

Desde una perspectiva social y económica, las relaciones de producción generaron su propia estrategia a fin de asegurar el consumo, y la medicalización de la vida representó una clara estrategia del sistema capitalista. En esa misma lógica, porque ahora el enfermo era controlado, puesto que solo importaba la vida del trabajador como medio de producción y por su trabajo. La medicina se situaba como profesión dominante y el ejercicio de esta se ubicaba más concretamente entre las clases altas, de esta forma se estableció una heteronomía creada por los propios profesionales médicos (Navarro, 1976). La medicina y la sociedad medicalizada, constituyeron una forma de control de las poblaciones, en las que la enfermería se situaba en el cumplimiento de roles subordinados, tanto al poder político, como al poder médico. Es por ello que se generó una somatocracia donde es “el Estado que se hace responsable de la salud de los ciudadanos, transformando hasta los entonces Estados salvadores de almas, en Estados salvadores de cuerpos” (Irigibel-Uriz, 2008, p. 38). Esto significa, que en ese modelo de atención sanitaria,

con una racionalidad medicalizadora y somatocrática, es donde la enfermería ha desarrollado su profesión. Profesión que respondería supuestamente en las prácticas, a un modelo diferente, a una misión netamente social, que quiere dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades, de acuerdo con las definiciones que se han dado los propios profesionales de enfermería acerca de sí mismos, a través de la detección de problemas reales y potenciales de la comunidad (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006), pero que al encontrarse en un contexto de poder pastoral y medicalización de la vida, la enfermería pareciera terminar alineándose con los objetivos de control social, marcados por el Estado capitalista. Esta alineación es posible ante una disciplina dócil, que termina respondiendo más a las necesidades de los médicos y de los sistemas sanitarios, que a la población, objeto de su cuidado. En este sentido, de acuerdo con Meza (2005), la enfermería ha terminado constituyéndose en un instrumento que está al servicio de la ideología dominante, puesto que cuando la enfermería reitera discursos sobre la ausencia o escasez de su propio poder en los sistemas de salud, estaría indirectamente desligando las acciones del cuidado, de cualquier implicación política y restando importancia a su propia tarea (Perron, Fluet y Holmes, 2005). De manera que se considera que no es que la enfermería carece de poder, sino que “vive en una anorexia de poder, donde lastimosamente, el potencial para la acción se utiliza cotidianamente sobre todo para mantener el status quo” (Gastaldo, 2003, p. 36), renunciando de esta manera a uno de sus principios éticos constitutivos de la profesión, como es, el defender los derechos del ser humano (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006). Dada esta consideración social y política, en un estudio realizado se afirma que:

La posición estratégica de la enfermería le constituye como excelente instrumento de gobierno al servicio de la ideología del Estado. Su cercanía con las personas,